UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS

DE LA VULVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1911

PAR

Paul ESNAULT

Né à Mayet (Sarthe), le 12 mars 1884

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX PRINCE ALBERT, A MONACO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof adj. *Assesseurs.*
MASSABUAU, agrégé *Assesseurs.*
DELMAS, agrégé *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS

DE LA VULVE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS

DE LA VULVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1911

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Paul ESNAULT

Né à Mayet (Sarthe), le 12 mars 1884

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX PRINCE ALBERT, A MONACO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof. adj. } *Assesseurs.*
MASSABUAU, agrégé } *Assesseurs.*
DELMAS, agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs.

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop[e]	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . .	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale. VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agr. libre
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj[t]
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RIGHE	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE.
LEENHARDT	DELMAS (Paul)-	FLEIG chargé des fon

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
DE ROUVILLE, *prof. adj.*
MM. MASSABUAU, *agrégé.*
DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MÈRE

A NOTRE GRAND'MÈRE

A NOTRE PÈRE

Ce faible témoignage de notre affection reconnaissante

P. ESNAULT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BOUSQUET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND

Les sympathies qu'il nous a si souvent témoignées, l'admiration que nous avons toujours eue pour la précision de son enseignement magistral et la rare droiture de son caractère, nous font un devoir bien doux de lui dédier ce travail.

P. ESNAULT.

Nos études terminées, c'est spontanément et bien plus par un élan de notre cœur que pour nous conformer à la tradition, que nous nous retournons une dernière fois sur le seuil de la Faculté et des Hôpitaux, pour présenter nos hommages très respectueux et l'assurance de notre vive reconnaissance aux maîtres qui, chaque jour, nous y ont prodigué leur enseignement et leur expérience, leurs sympathies et, avec leurs conseils, les beaux exemples de leur vie.

Ces maîtres ont été :

A Clermont-Ferrand, MM. les professeurs Argaud, Billard, Bousquet, Buy, du Cazal, Dionis du Séjour.

A Montpellier, MM. les professeurs Carrieu, Delmas Paul, Euzière, Forgue, Massabuau, Rauzier, Riche, de Rouville, Tédenat et Vallois.

En octobre 1907, S. A. S. Albert I[er], Prince de Monaco, nous fit l'insigne honneur de nous appeler aux hôpitaux modèles qu'il fonda dans ses Etats, pour y remplir les fonctions d'interne de médecine.

Là, deux années entières, dans le service de M. le docteur Du Cazal, médecin en chef, membre correspondant de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'Honneur, nous avons appris, avec les fondements de la clinique médicale, le rôle social élevé du médecin ; que M. le docteur Du Cazal nous permette de lui dire qu'il res-

tera pour nous le maître que l'on vénère pour sa double autorité morale et scientifique.

Tant dans ses services de chirurgie qu'à la Maternité, M. le docteur E. Caillaud, chirurgien en chef, nous a toujours accueilli avec bienveillance Nous sommes heureux de lui en exprimer notre reconnaissance et de lui dire combien nous furent utiles, dans la suite de nos études, les conseils de son enseignement pratique.

Nous nous rappelons avec émotion les heures passées au laboratoire d'analyses chimiques où, sous la direction de M. Bernin, l'aimable pharmacien de l'hôpital, nous avons appris la thérapeutique et la matière médicale.

Après notre internat, pendant tout notre séjour à Montpellier, où nous sommes venu finir nos études, MM. les docteurs Bonnet, ancien assistant de la clinique ophtalmologique ; Bosc, préparateur d'anatomie pathologique ; Delmas Jean, chef de clinique obstétricale ; Margarot, chef de clinique des maladies mentales et nerveuses, nous ont témoigné de précieuses sympathies que nous n'oublierons pas.

MM. les docteurs Marquis-Sébie, Pin et Vialle furent nos compagnons d'études de chaque jour. C'est avec une très sincère émotion que nous allons bientôt les quitter.

Elle n'aura d'égale que celle éprouvée, il y a plus d'un an, à nous séparer de notre vieil ami et camarade d'internat, le docteur Pierre Gasquet.

La cordialité de nos rapports avec M. Izard, secrétaire de la Faculté, nous fait un devoir de lui présenter nos salutations respectueuses.

Qu'enfin MM. les professeurs Tédenat et de Rouville, qui nous ont fait l'honneur, le premier, d'être président ; le second, d'être membre de notre jury de thèse ; MM. les

professeurs agrégés Delmas Paul et Massabuau, qui ont bien voulu guider et encourager de leurs conseils notre travail sur les épithéliomas primitifs de la vulve, acceptent ici l'expression publique de nos remerciements, de notre respect et de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS

DE LA VULVE

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

L'épithélioma vulvaire est primitif ou secondaire ; il a alors pour point de départ une lésion cancéreuse du conduit utéro-vaginal, de la vessie ou de la région anale. Ainsi que l'indique le titre de ce travail, nous limiterons notre étude aux seuls cancers primitifs de la vulve.

Article Premier. – Fréquence

Lauradour croit ce cancer « plus fréquent qu'on ne le pense ». Tous les autres auteurs, avec les classiques, s'accordent à en reconnaître la rareté.

Sur 7.479 cas de cancers chez la femme, Gurlt n'a

noté que 79 fois le cancer vulvaire, soit une proportion de 1 % environ, qui parait même encore trop forte à Pozzi.

Article II. — Age

Sa plus grande fréquence est à l'époque de la ménopause ou après celle-ci, chez des femmes ayant de 40 à 60 ans. Une statistique de Winckel donne les proportions suivantes:

à 40 ans.	9,7 %
de 40 à 50 ans.	25,8 %
de 50 à 60 ans.	32 %

On peut encore l'observer exceptionnellement chez les toutes jeunes femmes. Le cas de M. de Saint Germain en opérant une fillette de cinq ans, est classique, et Peyrache, dans sa thèse, a réussi à en réunir un tout petit nombre d'observations.

Il est rarement observé chez les adultes. Lambret cite le cas d'une jeune fille de 18 ans ; Arnott, celui d'une fille de 20 ans ; Schwartze, celui d'une femme de 30 ans. Pour certains auteurs même dont Lebert, le cancer vulvaire s'observait surtout de 20 à 25 ans.

Enfin, dans d'autres circonstances, il apparaît chez de vieilles femmes. Francke, Lovrich et Kouwer en ont signalé des exemples chez des femmes d'âge avancé, 64, 66, 68 et même 70 ans.

En réalité, il s'agit là de faits d'exception, cités surtout à titre de curiosités scientifiques. Et nous pouvons dire que la règle de la plus grande fréquence du cancer primitif de la vulve chez les femmes âgées de 40 à 60 ans ne souffre que de fort rares exceptions.

Article III. — Causes

Pas plus que pour les autres néoplasmes, la cause efficiente du cancer vulvaire n'est pas connue.

§ I. *Il en est de banales.*

Parmi les facteurs nombreux donnés par les auteurs comme y prédisposant, traumatismes, masturbation, rapports sexuels fréquents, grossesses répétées, lésions inflammatoires chroniques, absence de soins hygiéniques (Dartigues), lésions syphilitiques antérieures (Atchinson), végétations vulvaires, kraurosis et leucoplasie ; ce dernier seul à notre avis mérite de retenir l'attention.

§ II. *La leucoplasie*

Souvent, il se passe à la vulve ce qui a lieu dans la cavité buccale où l'on voit le cancer évoluer sur d'anciennes plaques leucoplasiques. La littérature médicale de ces dernières années surtout fournit des cas, absolument indéniables, où la leucoplasie vulvaire a subi la dégénérescence épithéliomateuse.

Mayer, Schwartze, Monod, Pichevin et Petit, Le Dentu, Fournier en rapportent des exemples. Dans sa thèse de 1901, l'américain Mantilla insiste sur la fréquente transformation de la leucoplasie en cancer.

Plus récemment, Bender et Jayle (1905), Abadie (1907) sont revenus sur la question. Les deux premiers de ces auteurs ont pu réunir de nombreux cas. A leur avis, la transformation de la plaque blanche en cancer serait fréquente, si l'on s'en rapporte aux observations publiées. La proportion qu'ils donnent est de 50 %. Malgré ce pourcentage élevé, ils ne vont pas jusqu'à affirmer, comme Simoni et Besnier par exemple, que la leucoplasie n'est qu'une forme de début du cancroïde. Ils pensent seulement que la leucoplasie crée des conditions favorables à la dégénérescence cancéreuse, mais que celle-ci n'en est point l'aboutissant fatal ; elle constitue vis-à-vis du cancer une cause prédisposante de premier ordre, dont l'importance ne saurait trop être mise en lumière, mais, nous le répétons, on n'est pas autorisé à dire, avec Simoni et Besnier, qu'elle en représente le stade initial.

En réalité, cliniquement, il y a, d'une part, des cancers primitifs sans plaques blanches antérieures ; d'autre part, des leucoplasies à marche chronique n'aboutissant pas au cancer.

Mais fréquemment, pour des raisons que nous ne connaissons pas, peut être par suite de l'arrivée à la vulve de l'agent pathogène, spécifique du cancer, jusqu'à ce jour inconnu, sur ces plaques de leucoplasie vient insidieusement se greffer un cancer à évolution lente.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions macroscopiques et histologiques seront successivement envisagées.

Article Premier. — Etude macroscopique

§ 1. *Lésions sur place.*

A. Siège.

D'après leur point de départ, on divise les cancers vulvaires en :

a) Cancer périréthral.
b) » du clitoris.
c) » de la petite lèvre.
d) » de la grande lèvre.
e) » de la glande de Bartholin.

a) Cancer périuréthral.

Bien étudié par Pozzi, c'est un cancer dont l'évolution commence au méat urinaire, le long duquel il s'infiltre, pour venir bientôt constituer à l'urèthre une sorte de manchon néoplasique. Cette localisation du cancer vulvaire est assez rare. Pourtant, Wassermann, en consultant la grande statistique des Hôpitaux de Vienne, reproduite par le Professeur Gurlt dans le volume XXV, page 425, des archives de Langenbeck, a pu en réunir quelques cas.

b) Cancer clitoridien.

Le cancer clitoridien est le plus souvent secondaire. Le cancer clitoridien primitif, nous dit Bordères, est excessivement rare. D'après une statistique de Gurlt portant sur 3.349 cas de cancers génitaux, 81 étaient vulvaires, mais 10 seulement clitoridiens. Quant à Lipinsky, il en a compté 1 seul sur 2.353. Schültze, à l'Université d'Iéna, n'en a trouvé que 5 cas en 30 ans, et Engstrom 2 en 20 ans.

c) Cancer de la petite lèvre.

Appelé encore cancer clitori-nymphéal par Dartigues, il débute ordinairement dans la partie haute du sillon qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre. Il n'y reste pas localisé et atteint rapidement le clitoris, d'une part, la petite lèvre ou nymphe, d'autre part. Cette variété est une des plus fréquentes parmi les cancers observés à la région vulvaire.

d) Cancer de la grande lèvre.

Il siège, comme son nom l'indique, sur l'une des deux grandes lèvres. Son point d'élection est alors la partie

inférieure de cette région de la vulve. Il est plus fréquent du côté droit que du côté gauche. Sur 23 observations de Schwartze, nous voyons que le début eut lieu 9 fois au niveau de la grande lèvre droite et 3 fois seulement sur la grande lèvre gauche.

e) Cancer de la glande de Bartholin.

Cette variété de cancer vulvaire n'a pas été mentionnée par Pozzi dans sa classification et beaucoup d'auteurs, sans doute en raison de l'inclusion de la glande de Bartholin dans la grande lèvre, font rentrer tout simplement dans le groupe des cancers de cette dernière région les cancers de la glande.

A notre avis, ces épithéliomas de la glande de Bartholin doivent être classés à part :

1° Ils diffèrent des autres cancers de la région vulvaire par leur constitution histologique, leur évolution clinique, leur peu de tendance à l'ulcération ;

2° Il existe réellement des cancers vulvaires à point de départ initial dans la glande de Bartholin. Ils seraient rares suivant l'opinion généralement admise. D'après la statistique de Goldschmidt, où cet auteur rapporte 214 cas de cancers de la vulve, 7 seulement étaient en toute certitude attribuables à la glande de Bartholin, soit une proportion de 3 0/0 environ ; avec Savournin nous la croyons inférieure à la réalité. Nous nous basons sur ce fait que la plupart des cancers, décrits par les auteurs sous le nom de cancers de la grande lèvre, se sont développés précisément dans la partie inférieure de celle-ci, au niveau même de la glande de Bartholin, aux dépens de laquelle ils avaient pu prendre naissance. Aussi, nous souhaitons qu'à l'avenir un examen histologique systématique soit fait de toutes les tumeurs malignes de cette

région, car seul il pourra permettre de faire une statistique sérieuse.

En résumé, le cancer primitif de la glande de Bartholin est assez fréquent. Savournin a pu en réunir 17 observations auxquelles il faut joindre celles plus récentes de Schlüter, Francke, Fabricius, Ratkowski, d'où il appert que bien souvent le cancer succède à une suppuration chronique de la glande (1).

B. Aspect macroscopique.

Facile à constater par l'inspection, les caractères en seront envisagés lors de la symptomatologie.

§ 2 *Retentissement ganglionnaire.*

Les cancers vulvaires infectent le système lymphatique. L'adénopathie qu'ils déterminent est inguino-crurale et unilatérale. Elle peut devenir bilatérale à un stade avancé de leur évolution. Mais il en est parmi eux qui, d'emblée, dès leur début, provoquent une adénopathie inguinale bilatérale et vont même parfois infecter jusqu'aux ganglions intra-pelviens : ce sont les épithéliomas clitoridiens ou juxta-clitoridiens.

L'explication du fait nous a été donnée par les recherches de Cunéo et Marcile sur les lymphatiques du clitoris. Ces auteurs, par injection suivant la méthode de Gérota, ont refait, il y a quelques années, l'étude des lymphathiques clitoridiens sur lesquels les classiques fournissaient des renseignements très incomplets.

---

(1) Voir l'observation n° 2, page 47.

Il résulte de leur travaux que « les vaissaux lymphatiques après avoir cheminé sur la face dorsale du clitoris, « s'entrecroisent et s'anastomosent entre eux au niveau « de la région présymphysienne. Ils forment là un réseau « d'où partent deux ordres de troncs, l'un se portant vers « le canal crural, l'autre vers le canal inguinal. Le premier (le crural) comprend plusieurs vaisseaux qui, « d'abord réunis, divergent ensuite en éventail et vont se « terminer dans une série de ganglions superposés dans « le sens vertical et situés les uns dans le canal crural, les « autres dans la cavité pelvienne. Le second (l'inguinal), « formé ordinairement par un seul vaisseau, après avoir « cheminé dans le canal inguinal sous le ligament rond, « va se terminer dans le ganglion placé sur l'artère iliaque « externe, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale « (ganglion rétro-crural externe). »

Ces considérations anatomiques, peut être un peu longues, nous ont paru cependant utiles à rappeler. Par elles, en effet, s'explique facilement comment les cancers clitoridiens ou juxtaclitoridiens peuvent avoir un retentissement, non seulement comme tous les autres cancers vulvaires, sur les ganglions inguinaux superficiels et profonds, mais encore sur certains ganglions intra-pelviens, et ce, des deux côtés, en raison des anastomoses des voies lymphatiques.

Article II. — Lésions histologiques

Au point de vue histologique, seules, parmi les tumeurs malignes susceptibles d'être observées à la vulve, celles de nature épithéliale, les plus fréquentes du reste, doivent être envisagées dans ce travail.

La vulve est revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié, les coupes des cancers de cette région, examinées au microscope, nous montrent ceux-ci comme étant des épithéliomas pavimenteux stratifiés : là, comme ailleurs, ceux-ci sont ou du type lobulé ou du type tubulé.

L'épithélioma tubulé, à boyaux cylindriques largement anastomosés, est le plus rare.

L'épithélioma lobulé est celui qu'on observe en général.

Ces considérations s'appliquent à tous les cancers vulvaires, sauf cependant à ceux qui se développent aux dépens de la glande de Bartholin. Ils participent alors de la structure glandulaire et présentent au microscope l'aspect alvéolaire des carcinomes.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Article premier. — Période de début

L'épithélioma vulvaire, quelle que soit sa localisation, a, en général, un début insidieux. Les nodules cancéreux, indolores en effet jusqu'à la période d'ulcération, passent si souvent inaperçus de la malade, que celle-ci peut très rarement préciser au médecin la date du début de leur apparition. Aussi n'est-ce point à cause d'eux que des femmes, d'âge avancé, en général 40 à 60 ans, viennent consulter.

§ 1. *Signes locaux*

A. Fonctionnels.

Elles se plaignent de démangeaisons vulvaires, d'intensité variable, suivant la réceptivité nerveuse de chacune d'elles. Chez celle-ci, à peine gênant, chez telle autre ce prurit est intense, intolérable, cause d'insomnie, obligeant la femme à se gratter à chaque instant (l'on conçoit ce

que l'impudeur du geste peut avoir d'attristant pour elle). Surtout nocturne, augmenté par la chaleur du lit et présentant des alternatives d'exacerbation et d'accalmie (signe sur lequel Pozzi a beaucoup insisté), tels seraient les caractères les plus constants de ce prurit.

B. Physiques.

A l'examen de la vulve, le médecin peut constater la présence d'une ou plusieurs plaques blanches, ce qui lui donne une grosse présomption en faveur du diagnostic de cancer ; ou bien, rien du tout, auquel cas il doit, pour fixer son diagnostic, attendre la période d'état.

§ 2. *Signes généraux*

Ils sont nuls. L'état général de la femme est bon, son appétit et ses forces conservés, pas ou peu d'amaigrissement.

Article II. — Période d'état

Elle apparaît plus ou moins rapidement. L'aspect de la lésion et les symptômes qu'elle détermine permettent alors de poser le diagnostic de façon précise. Mais cet aspect, ces symptômes sont différents suivant le point de départ initial du cancer.

§ 1. *Type général*

Quelle que soit la variété envisagée, on peut cependant tracer les grandes lignes du tableau clinique que présente le cancer vulvaire à sa période d'état.

Le prurit augmente, devient intolérable. La marche, la miction, les rapports sexuels sont douloureux. Le nodule cancéreux, maintenant gênant par son augmentation de volume, attire l'attention de la malade. Soit spontanément, soit par grattage, il ne tarde pas à s'ulcérer. Il en résulte le suintement continu à sa surface d'un liquide séro-sanguinolent, d'odeur fétide (Kendirdjy), qui tache le linge de la femme. Au moindre contact, souvent pendant le coït, cette ulcération peut saigner (hémorragies).

Les ganglions tributaires sont le siège d'une adénopathie. L'état général commence à être touché.

Voyons maintenant les modifications de détail subies par ce tableau dans les diverses modalités cliniques du cancer vulvaire.

§ 2. *Formes cliniques*

A. Cancer périuréthral.

A l'inspection de la vulve, l'on voit dans la région du méat urinaire une masse mamelonnée de couleur rouge foncé, saignant facilement. Elle obstrue souvent l'orifice externe de l'urèthre. Elle s'ulcère vite donnant un ichor fétide. Par le toucher vaginal, le doigt explorateur trouve ce canal induré sur une plus ou moins grande longueur, sous la forme d'un cordon dur dans la cloison uréthro-vaginale. La palpation minutieuse du pli de l'aine y fait sentir une adénopathie unilatérale ou bilatérale suivant l'extension plus ou moins grande du processus néoplasique (Boyer).

Comme symptômes, les malades accusent des douleurs à la miction, de la dysurie, de la rétention d'urine ou,

lorsque l'ulcération a détruit le sphincter vésical, de l'incontinence d'urine.

Par infection secondaire de cette ulcération, la vessie, les uretères, les reins, par raison de continuité, peuvent, à leur tour, s'enflammer, s'infecter, d'où symptômes de cystite douloureuse, et même, dans les cas graves, de pyélonéphrite.

B. Cancer clitoridien ou juxta-clitoridien.

A l'examen de la région malade, on peut trouver tantôt une plaque dure, hypertrophiée, siégeant sur le clitoris, tantôt une série de petites tumeurs fongueuses offrant l'aspect d'un chou-fleur. Mais ces deux variétés de la lésion sont rares. Le plus souvent, celle-ci se présente sous la forme d'une agglomération de petits nodules recouverts d'une stratification épithéliale plus ou moins épaisse. Elle ressemble à une verrue (Tédenat), mamelonnée, sessile, pouvant atteindre la grosseur d'une framboise. Cette petite tumeur, friable, saigne facilement. Elle s'ulcère vite. « Cette ulcération, écrit Bordères, est « à bords découpés, saillants, taillés à pic, infiltrés d'un « œdème dur qui leur donne l'aspect de la peau d'orange ; « ils sont souvent le siège de plaques leucoplasiques. Le « liquide sécrété s'y dépose, formant des croûtes bru- « nâtres qui tombent d'elles-mêmes ou sont arrachées par « la malade. Peu à peu, la plaie se creuse, envahissant les « parties saines, ou bien, plus rarement, bourgeonne pour « arriver à la forme exubérante, papillomateuse, fon- « gueuse. »

L'adénopathie, d'après cet auteur et Morestin, serait tardive. Elle est au contraire précoce, rapidement bilatérale, souvent intra-pelvienne, pour les raisons données au chapitre de l'Anatomie pathologique.

D'après Dauriac, elle constituerait un précieux signe de diagnostic pour distinguer le cancer ulcéré d'une de ces ulcérations banales que la verge, dans un coït un peu brutal, détermine assez fréquemment sur les autres tumeurs bénignes du clitoris.

Comme symptômes, la malade dit les difficultés, les douleurs du coït, de la marche ; puis, à la période d'ulcération, les ennuis du liquide sécrété par l'ulcération qui, en s'écoulant sur ses cuisses, y dessine de larges taches d'érythème.

C et D. Cancer des lèvres.

A l'inspection, ce cancer se présente le plus souvent sous la forme de nodules confluents, facilement hémorragiques, s'ulcérant très rapidement.

C'est surtout dans ces deux variétés que l'on observe la dégénérescence épithéliomateuse de plaques leucoplasiques. Lorsque celle-ci va se faire, sur la tache blanche apparaît une ulcération superficielle, à fond peu bourgeonnant, à bords très indurés. Toute la zone voisine de cette ulcération est infiltrée d'un œdème dur qui envahit peu à peu la grande lèvre. Celle-ci apparaît hypertrophiée ; sa peau, rugueuse comme la peau d'orange, a perdu ses poils.

La caractéristique de ces épithéliomas leucoplasiques est leur peu de tendance à l'accroissement. Ils constituent le type du véritable cancroïde de la vulve.

Mais à côté de ces formes rongeantes relativement lentes, il en est d'autres moins fréquentes, à marche plus rapide, avec tendance à la prolifération. Du fond de l'ulcération poussent alors des masses molles en choux-fleurs,

pédiculées et de dimensions variables, suintant et saignant facilement.

Parfois, il n'y a pas de retentissement ganglionnaire (1) appréciable à la palpation. Plus souvent il est très net. « La présence de ganglions gros, durs comme du bois, indolents, qui roulent sous le doigt, a une importance considérable pour affirmer le diagnostic.» (Mauxion).

Les symptômes fonctionnels sont les mêmes que pour les cancers clitoridiens.

E. Cancer de la glande de Bartholin.

Ce cancer ne se présente que rarement et seulement à une période avancée de son évolution sous la forme ulcérée. En général, à l'inspection, on est frappé par l'hypertrophie d'une des deux grandes lèvres, comme dans le cas de cancer de celle-ci. Mais le diagnostic est donné par la palpation qui, faite attentivement, permet de sentir incluse, au niveau du tiers inférieur de la grande lèvre, une tumeur d'une dureté spéciale, bosselée, adhérente à la peau (Savournin).

Le retentissement ganglionnaire, les signes tirés de l'état général, d'autre part, aident encore au diagnostic.

Article III. — Période terminale

§ 1. *Troubles d'extension*

A une période plus avancée, l'ulcération néoplasique s'est étendue, envahissant peu à peu la plus grande partie de la région vulvaire. Il est à remarquer qu'à son niveau,

(1) Voir l'observation n° 1, page 45.

malgré la riche vascularisation de la vulve et en dehors des traumatismes par contact bien entendu, il se produit moins une véritable hémorragie qu'un suintement sanguin peu abondant. Des greffes cancéreuses peuvent alors se faire à distance sur les parties de peau jusqu'alors restées saines (à la cuisse par exemple). L'infiltration néoplasique progresse. Elle peut atteindre la région anale, la partie inférieure du vagin et la cloison recto-vaginale (1). Elle affecte plus volontiers la paroi inférieure de l'urèthre et la cloison vésico-vaginale. Les symptômes qui en résultent sont naturellement en rapport avec le siège de l'infiltration.

Si celle-ci a eu lieu du côté de l'anus, on peut observer des troubles de la défécation allant de la rétention (Traetzl) à la diarrhée (Ahlfeld, de Saint-Germain). Dans les formes plus avancées, on a décrit l'occlusion intestinale chronique ou l'incontinence des matières, due à une destruction de la cloison recto-vaginale.

S'il s'agit d'un cancer périuréthral, nous avons déjà signalé les complications de cystite douloureuse et de pyélonéphrite que peut déterminer l'infection secondaire de l'ulcération du sphincter vésical.

A cette période, il est de règle d'observer l'envahissement bilatéral des ganglions inguino-cruraux, souvent même celui des ganglions intra-pelviens. Il arrive fréquemment (1) aussi que les ganglions, à leur tour, s'ulcèrent et donnent lieu à des tumeurs secondaires (Tédenat).

§ II. *Troubles de généralisation*

Enfin apparaît la cachexie cancéreuse. L'appétit et les forces disparaissent. Rapidement survient un amaigrisse-

(1) Voir l'observation n° 2, page 47.

ment notable. La malade, couleur jaune paille, jusqu'alors apyrétique, devient fébricitante. Par le chemin du marasme et de la douleur, lentement mais sûrement, elle se rapproche chaque jour de la mort. Souvent une complication intercurrente, phlébite fémorale ou intra-pelvienne, pneumonie ou pleurésie métastatiques, viennent mettre plus rapidement fin à ses tortures.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Article premier. — Diagnostic positif

Un petit nombre de signes orientera le diagnostic. On fera successivement fond sur l'existence en un point de la vulve d'un nodule de consistance molle mais friable, saignant aux attouchements brutaux ; son retentissement sur les ganglions tributaires, et par la suite sur l'atteinte de l'état général.

De tableau est d'ailleurs susceptible de telles modifications de détail, suivant la forme clinique envisagée.

Article II. — Diagnostic différentiel

Le problème ne se pose vraiment qu'à l'occasion des deux premières périodes. La cachexie terminale, outre qu'elle est commune à la phase ultime de tous les néoplasmes, ne laisse par ailleurs aucune place aux hésitations.

§ 1. *Signes fonctionnels*

Le cancer vulvaire, avons-nous vu, se manifeste lors des deux premières périodes par du prurit. Il y a donc lieu de rechercher attentivement de quelle cause cette sensation est tributaire. Elle peut être symptomatique (arthritisme, diabète, hystérie, kraurosis vulvæ au début, leucorrhée, cystite), ou simplement idiopathique (oxyures, phtyriase du pubis, gale, malpropreté des organes génitaux externes, si fréquente chez les femmes qui ont renoncé aux rapports sexuels).

§ 2. *Signes physiques*

Lorsque l'examen aura permis des constatations objectives, le problème va se poser du diagnostic avec les diverses affections que nous allons maintenant envisager.

Tour à tour, nous passerons en revue les affections d'ordre inflammatoire et celles d'ordre néoplasique.

A. Affections d'ordre inflammatoire

Elles relèvent, les unes d'une cause banale, les autres d'un agent spécifique (tréponème, bacille de Ducrey-Hunna, gonocoque de Neisser, bacille de Koch).

a) Affections relevant d'une cause banale.

Leur type, c'est l'ulcération traumatique de grattage, passée à l'état chronique, suppurant par suite d'une infection apportée par des mains sales, et ayant déterminé une adénite de voisinage.

Ce tableau clinique peut, à première vue, en imposer au médecin. Mais un examen attentif, l'interrogatoire serré de la malade, l'amélioration rapide produite par de simples lavages avec des solutions légèrement antiseptiques mettent bien vite sur la voie du véritable diagnostic.

D'autres fois, il s'agira d'une ulcération chez une hystérique, ulcération, soit spontanée par gangrène cutanée, soit provoquée par la malade elle-même.

L'erreur d'Hollstein est célèbre. Il présenta à la Société de Dermatologie, comme atteinte d'une lésion paratuberculeuse vulvaire, une femme, hystérique avérée, qui, interrogée avec persévérance par M. Strasmann, finit par avouer qu'elle se frictionnait elle-même la vulve avec une solution de chlorure de zinc !

Il suffira de songer à l'hystérie et d'en rechercher les stigmates.

b) Affections relevant d'un agent spécifique.

1° *Tréponème.* — La syphilis, à ses trois périodes, provoque des lésions cutanées dont l'aspect peut prêter à confusion avec le cancer ulcéré.

Chancre. — C'est d'abord le chancre de la première période.

Le diagnostic différentiel, cependant, est, en général, facile.

Le chancre syphilitique est unique.

Sa base est indurée mais peu étendue.

C'est plutôt une exulcération qu'une ulcération vraie.

L'adénite qu'il détermine est, en quelque sorte, pathognomonique. Elle est multiganglionnaire. Dans la pléïade de ganglions hypertrophiés, on trouve à la palpation un ganglion de volume prédominant, « le préfet de

l'aine de Ricord ». Comme on le voit, cette adénite est bien différente de l'adénite néoplasique.

L'interrogatoire de la malade souvent n'apprend rien. Mais l'apparition des accidents secondaires, quelques semaines plus tard, l'épreuve du traitement spécifique qui modifie rapidement la lésion, s'il persistait un doute, fixeraient vite le diagnostic.

Plaques muqueuses. — A la période secondaire, les plaques muqueuses ou syphilides peuvent induire en erreur.

Elles sont ou papulo-érosives ou en nappe.

Dans le premier cas, il est facile de les distinguer du cancer de la vulve.

Elles sont, en effet, bien isolées ; leur évolution est rapide, éphémère, soumise à l'influence du traitement local et surtout du traitement spécifique, disparaissant dès que celui-ci est prescrit, récidivant dès qu'il est cessé.

Mais il arrive que les syphilides, très nombreuses, se fusionnent en larges plaques de plusieurs centimètres carrés, blindant la vulve, le périnée, simulant alors assez bien l'infiltration de certains cancers vulvaires.

L'infiltration syphilitique serait moins rigide que celle de nature cancéreuse. Mais c'est surtout par les commémoratifs, par l'existence d'autres accidents secondaires concomitants (roséole, céphalée nocturne, calvitie, douleurs ostéocopes) ; et par les modifications locales rapidement obtenues par le traitement d'épreuve, que l'on fera leur diagnostic. Dans l'hypothèse d'un cancer, on ferait faire l'examen histologique des tissus suspects.

Syphilides papulo-hypertrophiques. — A la période tertiaire ce sont les syphilides papulo-hypertrophiques,

sur lesquelles Fournier a tant insisté, dont l'existence à la vulve pourra faire tenir en suspens le diagnostic. Elles s'y présentent souvent sous forme de gros amas de végétations pouvant simuler la forme nodulaire végétante du cancer.

En l'occurrence encore, les anamnestiques et surtout l'épreuve du traitement spécifique permettent le plus souvent le diagnostic, d'autant plus que, s'il s'agit de lésions cancéreuses, l'état général est déjà très altéré.

Leucoplasie. — La plupart des auteurs modernes, avec Fournier, considérant la leucoplasie comme une affection parasyphilitique, nous la classerons en ce point de notre étude. A notre avis, le diagnostic différentiel des ulcérations qu'elle cause n'est pas à faire avec les ulcérations cancéreuses. En raison de la fréquente transformation en cancer des plaques blanches ulcérées, nous croyons qu'il est du devoir du médecin dès qu'il en a fait le diagnostic, d'en pratiquer l'extirpation immédiate, et ce à titre préventif.

2° *Bacille de Ducrey-Hunna.* — Le chancre mou, nous dit Boyer, ne doit et ne peut faire hésiter longtemps le diagnostic avec le cancer.

La chancrelle ne repose pas comme l'épithélioma sur une surface infiltrée. Autour d'elle les tissus sont sains. L'ulcération, soit arrondie, soit ovalaire, se compose souvent de petites ulcérations secondaires à divers degrés d'évolution. « Le chancre mou vit en famille entouré de ses rejetons » (Ricord). Le bubon qui l'accompagne est souvent suppuré, et son évolution aiguë ne ressemble guère à celle de l'adénite cancéreuse, qui, même suppurée, a une marche chronique. Enfin, l'examen micros-

copique du pus soit de l'ulcération, soit du bubon, y révèle la présence du bacille de Ducrey-Hunna.

Toutefois, il est des cas, rares il est vrai, où le diagnostic différentiel est particulièrement difficile. Témoin celui rapporté par MM. Bender et Daniel, dans le *Bulletin de la Société Anatomique*, janvier 1901, où un épithélioma primitif vulvaire, à point de départ sur la petite lèvre, avait été pris pour un chancre mou. Ces auteurs insistent sur les avantages de la pratique systématique de la biopsie qui « ne présente aucun inconvénient et fournit toujours des renseignements précieux. »

3° *Gonocoque de Neisser.* — Plus rarement, les lésions érosives multiples, à contours irréguliers et de formes variables qu'on peut observer à la période aiguë de la blennorragie pourront prêter à confusion avec les ulcérations cancéreuses.

Dues, en effet, exclusivement à la gonorrhée aiguë, à l'irritation locale des tissus par le pus gonorrhéique, ces lésions érosives disparaissent dès guérison de la blennorragie. Les signes de celles-ci par ailleurs font facilement faire le diagnostic causal.

4° *Bacille de Koch.* — Les ulcérations tuberculeuses sont rares à la vulve. Elles ne reposent pas sur une base indurée, malgré l'hypertrophie concomitante que peuvent présenter les tissus vulvaires, dans la forme ulcéro-hypertrophique par exemple, et telle que dans certains cas, elle fut cause d'erreur de diagnostic. Dans une observation de Bender et Jayle, on avait pensé à un éléphantiasis de la vulve ; dans un cas de Pœverlein à un sarcome.

Le diagnostic se tire de l'examen attentif de l'ulcéra-

tion. Les bords de celle-ci, dans le cas de tuberculose, sont plus minces que ceux d'une ulcération néoplasique. Une sonde cannelée pourra être insinuée sous eux ; ils sont décollables. Mais surtout, signe pathognomonique, on voit dans le fond de l'ulcus des nodules tuberculeux en voie de caséification.

Enfin, bien souvent, la malade présente d'autres manifestations tuberculeuses, soit anciennes (cicatrices d'abcès froids), soit récentes (début de tuberculose pulmonaire).

Esthiomène vulvaire. — Nous rapprochons des ulcérations tuberculeuses l'esthiomène, inflammation hyperthrophique des tissus vulvaires que de nombreux auteurs considèrent comme une affection tuberculeuse.

L'esthiomène parfois peut être très difficile à distinguer de certains cancers torpides à marche lente.

Le médecin se rappellera que l'esthiomène vulvaire est plus rare encore que le cancer ; son ulcération a des contours plus sinueux que ceux de l'ulcération néoplasique, des contours en gradins avec, par endroits, des promontoires cicatriciels, des brides. Il est, en outre, un signe de diagnostic différentiel très important. L'adénite inguino-crurale est exceptionnelle dans l'esthiomène ; elle est au contraire la règle dans le cancer.

Enfin, l'ulcération de l'esthiomène a une marche lente, hésitante pour ainsi dire, avec des alternatives de destruction et de réparation, ce qui ne s'observe jamais dans le cas d'ulcération cancéreuse, dont la caractéristique est, une fois constituée, de tendre toujours vers l'accroissement.

B. *Affections d'ordre néoplasique.*

Il n'en est qu'une d'intéressante pour nous. Ce sont les *papillomes.*

Par leur aspect en choux-fleurs, les papillomes (hypertrophie des papilles dermiques) peuvent égarer le diagnostic, surtout s'ils viennent à s'effriter, auquel cas ils saignent facilement, donnant lieu alors à un suintement fétide par mélange du sang avec les écoulements vaginaux, gonococciques ou non, concomitants.

Toutefois, il n'y a pas d'induration profonde, pas d'apparence rongée et creusée, mais ce que Dartigues appelle « un ensemble d'efflorescence madréporique ». L'état général est bon. Dans l'hypothèse d'un cancer en chou-fleur, il serait déjà altéré.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic est très grave. -- Dès que le cancer vulvaire est ulcéré, l'évolution en est rapide. L'on a signalé des cas où elle aurait duré dix ou vingt ans et même un où la tumeur se serait cicatrisée spontanément (Cornil). Il s'agit là de faits exceptionnels. Et l'on peut dire que la durée moyenne du cancer vulvaire, abandonné à lui-même, est de deux ou trois ans. Pourtant le cancer leucoplasique paraît évoluer plus lentement, et son pronostic, d'après Reclus, serait moins grave que celui des autres cancers vulvaires.

Au chapitre suivant, nous verrons en détail les résultats obtenus par le traitement chirurgical. Ils sont vraiment décourageants. Après l'opération, la récidive est fatale sur place ou dans les ganglions (Kendirdjy, Gaertner) et ce, malgré les plus larges ablations.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

En lisant dans les traités classiques la question du traitement des cancers de la vulve, nous avons été frappé par l'absence de documents précis sur les indications opératoires, et surtout par l'insuffisance des renseignements sur les résultats thérapeutiques.

Désireux de savoir si, par une thérapeutique chirurgicale précocement instituée, on peut arriver, dans le traitement des cancers vulvaires, à des résultats aussi stables que ceux obtenus lorsqu'on s'attaque à d'autres cancers de l'économie (cancers du sein, cancers de l'utérus au début par exemple), nous avons pensé qu'il serait bon de réunir les quelques faits précis qui, à l'heure actuelle, existent sur ce sujet dans la littérature médicale. Leur étude nous a amené à cette opinion : que le traitement du cancer vulvaire doit varier suivant que celui-ci est :

1° A sa période de début.
2° A sa période d'état.
3° A sa période terminale.

Article Premier. — Cancer a la période de début

Le traitement peut être symptomatique ou préventif.

§ 1. *Traitement symptomatique.*

C'est le seul possible tant que l'examen local de la vulve est négatif et que la femme se plaint seulement de démangeaisons.

Nous combattrons le prurit en prescrivant :

Localement : Les lotions très chaudes, 50°.
Les bains de siège.
Les lavages antiseptiques de la vulve avec des solutions d'acide phénique à 3 °/₀.
De sublimé, 0 gr. 50/1.000 (Herzen).
D'hydrate de chloral, 1 °/₀ (Arnozan).
De chlorate de soude à 10/1000 (Tédenat).
Les applications de pommade à la cocaïne à 1/10 ou au baume du Pérou à 1/60 (Tédenat).

Si ce prurit est cause d'insomnie, nous recourrons aux somnifères habituels (bromures, uréthane, chloral, trional).

§ II. *Traitement préventif.*

Nous voulons parler des cas où l'examen de la vulve révèle l'existence de lésions qu'il est convenu d'appeler précancéreuses, d'une d'elles surtout, sur laquelle nous

avons beaucoup insisté en étudiant l'étiologie des cancers vulvaires : la leucoplasie.

Faut-il, quand on constate des plaques de leucoplasie vulvaire, sous prétexte qu'elles peuvent subir la dégénérescence épithéliomateuse, procéder toujours à leur ablation ?

Cette question a été surtout discutée à propos de la leucoplasie buccale qui, elle aussi, subit fréquemment la dégénérescence cancéreuse. Dans une séance de la Société de Chirurgie, en 1907, où Morestin préconisait l'ablation systématique des plaques blanches, la majorité des chirurgiens, avec Routier et Reclus, s'est élevée contre cette pratique. Le professeur Segond même signala un cas dans lequel, après ablation d'une plaque de leucoplasie ancienne, étendue mais non dégénérée, il avait vu ultérieurement se développer un épithélioma sur la cicatrice.

La question a été moins étudiée pour ce qui est de la leucoplasie vulvaire, mais il nous semble que l'on peut conclure avec Pozzi :

1° Qu'il est inutile de pratiquer l'ablation systématique de toute plaque leucoplasique ;

2° Mais que cette ablation doit être proposée dans tous les cas où le nombre et l'étendue des plaques augmentent, et surtout dans ceux où la plaque, s'ulcérant, on est en droit de redouter une transformation maligne.

Cette ablation des plaques blanches suspectes constitue alors une thérapeutique véritablement préventive du cancer.

Article II. — Période d'état

Le cancer est nettement déclaré. *Comment faut-il le traiter ?* Nous pensons que l'on peut, à ce point de vue, distinguer les cancers de la vulve en deux grands groupes, dans lesquels la thérapeutique est un peu différente :

1° Les cancers qu'il faut opérer.
2° Les cancers qu'on peut opérer.

§ 1. — *Cancers qu'il faut opérer.*

Ce sont les épithéliomas peu étendus, encore au début de leur infiltration dans les tissus vulvaires, sans adhérences avec plans profonds, dont le retentissement ganglionnaire est nul ou insignifiant, formé seulement par des ganglions atteints de lésions inflammatoires simples et qui n'ont point encore touché l'état général.

Traitement. — Il est très simple. Il faut procéder à l'ablation de la tumeur. Cette ablation est relativement facile. On est conduit à faire une sorte de *vulvectomie partielle*, à enlever, selon le siège du cancer, une grande ou une petite lèvre, un clitoris, la région de la fourchette par exemple. Cette intervention sera complétée, lorsqu'il y a lieu, par l'extirpation des ganglions inguinaux en général mobiles et peu volumineux.

§ 2. — *Cancers qu'on peut opérer.*

Ce sont les cancers qui ne sont déjà plus localisés à leur point de départ, ayant envahi la presque totalité de la vulve, intéressant les orifices, poussant des prolongements dans les parties profondes, avec retentissement ganglionnaire considérable, où la palpation des régions inguinales fait percevoir l'existence de masses ganglionnaires diffuses et adhérentes dans la profondeur et dans lesquels l'état général est notablement atteint. Dans les cas de cet ordre, si l'état général de la malade le permet, si on a conscience, après avoir attentivement étudié la tumeur, qu'elle est anatomiquement extirpable en totalité, nous pensons qu'il est à l'heure actuelle du devoir du médecin d'en conseiller l'extirpation.

Traitement. — Il faut évidemment pratiquer, comme c'est la règle dans tous les cancers, *l'opération adéquate*, c'est-à-dire l'ablation simultanée de la tumeur, des ganglions et des trajets lymphatiques intermédiaires.

La technique bien précisée de cette opération, nous la trouvons énoncée dans les traités classiques dans le cas de cancer du sein, de cancer de la langue, de cancer des lèvres, etc., mais, pour ce qui est des cancers vulvaires, nous ne l'y trouvons pas.

On est évidemment conduit dans ces cas à pratiquer l'ablation unilatérale ou bilatérale des ganglions inguinaux complétée par une véritable *vulvectomie totale*.

Technique opératoire de cette vulvectomie totale. — Elle a été décrite dans la thèse de Boyer et dans l'article, qui

lui est postérieur, de Paul Petit (la Gynécologie de 1908).

A. Ces auteurs l'ont ainsi précisée et méthodisée :

Premier temps, une incision partant du pénis pour passer de chaque côté, en dehors et à distance des branches ischio-pubiennes, et aboutir derrière la fourchette, pénètre en ce dernier point jusqu'au corps musculaire du périnée des accoucheurs, sur les côtés jusqu'à l'aponévrose des adducteurs fémoraux, enfin, en avant, jusqu'au revêtement fibro-tendineux de la symphyse tranchant du même coup le ligament suspenseur du clitoris.

2e temps. Ceci fait, le ligament, les racines, le corps du clitoris et le méso sous-clitoridien n'étant pas adhérents au revêtement symphysaire, il suffit de tirer de haut en bas avec une pince à griffe sur le gland du clitoris pour mettre à nu l'arcuatum.

3e temps. On introduit alors une sonde dans l'urèthre, si on ne l'a déjà fait au début de l'opération ; puis, on sectionne le méso sous-clitoridien en suivant successivement ses bords postérieur et inférieur, découvrant ainsi le ligament de Carcassonne et la face supérieure de l'urèthre vulvaire, jusqu'au méat dont on ménage la muqueuse et derrière lequel le tranchant trouve le vide du canal vulvaire.

Les cuisses caverneuses peuvent être, à ce moment, liées et sectionnées en dehors de l'arcuatum, mais s'il s'agit d'un cancer clitoridien ou juxta-clitoridien il est plus prudent de détacher les corps caverneux le long des branches ischio-pubiennes jusqu'à l'ischion, en faisant au

fur et à mesure l'hémostase de la branche terminale de la honteuse, des artères et des veines caverneuses.

1e *temps*. Il ne reste plus qu'à raser de chaque côté de la face interne des branches ischio-pubiennes dégagées. des corps caverneux jusqu'à la base des petites lèvres, tout ce qui dépasse encore le plancher uro-génital (c'est-à-dire bulbe avec constricteur, transverse superficiel, sac dartoïque, peau de la grande et petite lèvre).

Si l'opération a été méthodiquement conduite suivant les temps sus-indiqués, la surface de la plaie opératoire doit être formée de la périphérie au centre par la tranche des téguments pubo-fémoraux, le revêtement fibreux périphérique de l'arcade ischio-pubienne, le plancher uro-génital et la face supérieure de l'urèthre vulvaire, lequel se détache nettement avec sa saillie cylindrique et pend lamentablement en bas et en avant avec la paroi vaginale qui lui est encore soudée.

La vaste brèche qui est ainsi créée, il faut la réparer.

B. Réparation :

a) Dans le cas où l'étendue de la brèche n'est pas trop énorme, où les tissus périvulaires sont très souple, on peut se borner, après avoir décollé les bords de la plaie sur une assez grande étendue, à les rapprocher et à les suturer. Il faut s'attacher dans cette réparation à refaire avec beaucoup de soin l'orifice uréthral dont on fixe la paroi supérieure à l'arcuatum. Il se fait ainsi une adhérence qui remplace le ligament suspenseur du clitoris. Une sonde doit toujours être placée dans l'urèthre et un drain dans la partie inférieure de la plaie.

b) Lorsque la brèche opératoire est très considérable, que les tissus périvulvaires n'ont pas une souplesse suffisante pour qu'on puisse les rapprocher, on est conduit à pratiquer une véritable opération plastique, dont récemment Dudeley a publié la technique.

Opération de Dudeley. — Elle consiste à tailler, de chaque côté de la plaie, des triangles de peau dont la base est représentée par les bords latéraux de cette plaie, triangles de peau qu'on mobilise et que l'on peut faire glisser afin de recouvrir la surface cruente.

Article III. — Période terminale.

On ne doit pas et on ne peut opérer les cancers vulvaires à cette période avancée de leur évolution. En effet, ils ont envahi la totalité de la vulve et les tissus périvulvaires, et fait des métastases ganglionnaires non seulement dans les ganglions inguinaux, mais encore dans les ganglions intra-pelviens. Ce sont, en un mot, les cancers anatomiquement inextirpables, ayant déjà profondément intoxiqué l'état général.

Contre eux, on ne peut réaliser qu'un traitement palliatif il est ou médical ou chirurgical.

§ 1. *Traitement palliatif médical*

Il est local et général.

A. *Local.* — Il consiste alors dans l'emploi des agents physiques ou chimiques.

a) Agents physiques.

1. *Fulguration.* — (Méthode de Keating Hart). — Cette méthode, inaugurée en 1906 par Keating Hart, a été employée par lui et d'autres chirurgiens (Bordier de Lyon, Doyen), avec succès dans quelques cas.

Après une période d'engouement, la fulguration paraît, à l'heure actuelle, avoir beaucoup perdu de ses indications et de sa valeur thérapeutique. Néanmoins elle paraît, nous semble-t-il, avoir une action palliative dans certains cancers vulvaires ulcérés, en détruisant des éléments néoplasiques et en retardant l'évolution de l'épithélioma.

2. *Radiothérapie.*— Boyer rapporte deux observations relatives au traitement du cancer vulvaire par la radiothérapie.

Dans l'une, due à Reymond et Chanoz, la cicatrisation d'une ulcération étendue à toute la moitié gauche de la vulve fut obtenue en six séances. Mais il est à observer que l'affection durait depuis trois ans et que les auteurs n'apportent pas d'examen histologique à l'appui du diagnostic de cancer.

Dans l'autre, due à Dartigues et Thomas, il s'agit d'une leucoplasie étendue à la majeure partie de la vulve et au pourtour de l'anus, avec prurit intense et ulcération épithéliomateuse au dessus du clitoris. Quinze séances firent disparaître les sensations douloureuses et les démangeaisons semblèrent modifier heureusement la leucoplasie, mais n'eurent aucune action sur l'ulcération.

Cette dernière observation démontre que la radiothérapie n'a aucune action véritablement curative sur les cancers ulcérés de la vulve, pas plus, du reste, qu'elle n'a d'action sur les cancers des muqueuses en général, et que même sa valeur palliative est discutable.

3. *Radiumthérapie.* — L'application locale des radiations de radium a pu donner quelques succès partiels dans la thérapeutique de certains néoplasmes ulcérés. Nous n'avons trouvé aucune observation de cancer vulvaire, opérable ou inopérable, qui, traité exclusivement par cette méthode, ait guéri. L'action curative du radium est encore à démontrer.

4. *Refrigération.*— Préconisée par Keating Hart, elle consiste en applications glacées sur les surfaces ulcérées. Bien tolérées par la plupart des malades, ces glaçages locaux provoqueraient le plus souvent la disparition totale des douleurs et parfois une diminution de volume du néoplasme. Ils pourraient donc être conseillés dans les cancers vulvaires.

5. *Autres agents physiques.* — La congélation employée dans les cancers de la vulve par Howitz, n'a donné de résultats qu'associée au curettage ; la photothérapie selon la méthode de Finsen, modifiée par Foveau de Courmelles ; l'héliothérapie dans un cas de Hirschberg, ont été encore tentées dans le traitement des cancers, mais jamais dans celui des cancers vulvaires.

b) Agents chimiques.

Ils sont à mentionner seulement à titre documentaire, car ils sont à peu près abandonnés maintenant. Les uns agissaient comme caustiques : carbure de calcium (selon la méthode de Guinard) ; l'ammoniol à 5 $^{0}/_{0}$; l'arsenic, l'alcool, les acides phénique, nitrique, osmique, chromique, picrique, lactique, acétique, citrique et salicylique, le brome, le phosphore (Arnozan), le nitrate d'argent, le

caustique de Vienne, le chlorure de zinc (Pouchet), le jequirity (Rampoldi).

Les autres agissaient comme agents modificateurs (quinine, adrénaline, aniline, bleu de méthylène, sublimé, formaline, cynoglosse, sulfate de magnésie, injections de trypanroth, etc.).

B. *Traitement général.* — Il consiste surtout à calmer les phénomènes douloureux par l'opium et la morphine et à soutenir les forces de la malade. Quant à tous les nombreux essais de sérothéraphie anticancéreuse, depuis Richet et Héricourt (1895), jusqu'à Doyen à notre époque, ils ont été aussi inefficaces dans le cancer vulvaire que dans les autres néoplasmes.

§ 2. *Traitement palliatif chirurgical*

On a conseillé les opérations suivantes :

A. *Opération de Kraske :*

Elle consiste à recouvrir avec la peau saine environnante les surfaces ulcérées inopérables. On curette superficiellement le cancer ; on le désinfecte le plus possible ; on l'aplanit en le détergeant, puis on décolle la peau environnante à partir des bords de l'ulcération et on la fait glisser de façon à recouvrir la surface avivée par la curette.

Cette opération, à notre avis, est mauvaise. Sous la peau qui recouvre la tumeur ulcérée, des matières septiques s'accumulent, se résorbent et augmentent d'autant en fin de compte la toxiinfection de l'organisme.

B. *Cautérisation profonde :*

Elle sera faite au thermo-cautère. On enlève ainsi une quantité considérable de bourgeons néoplasiques ; au point de vue symptomatique, on obtient une sédation des phénomènes douloureux et des hémorragies.

C. *Opérations dirigées contre les douleurs :*

On a proposé la section des nerfs honteux internes. Quant à la section des racines postérieures de la moelle au niveau du renflement lombaire, conseillée en 1891 par J.-L. Faure dans les cancers douloureux inopérables de l'utérus ; quant à l'ablation des ganglions sympathiques sacrés, proposée dans le même but par Jaboulay en 1901, elles constituent des opérations très graves par elles-mêmes, qui n'ont pas encore trouvé d'indications réelles dans les cancers vulvaires.

Nous ne pouvons terminer cette étude du traitement des cancers de la vulve sans dire un mot de la conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement.

Pendant la grossesse :

1° Le cancer est limité, facilement extirpable : on en fait l'ablation ;

2° Dans le cas contraire, on laisse la grossesse se poursuivre en la surveillant et en désinfectant soigneusement les surfaces ulcérées.

Pendant l'accouchement, le cancer vulvaire peut faire de la dystocie.

Dans certains cas, il est facile de la vaincre par une application de forceps.

Si elle est invincible, on pratiquera :

1° Une opération césarienne si l'enfant est vivant ;

2° Une embryotomie si, l'enfant étant vivant, la mère a refusé l'opération césarienne ;

3° Une embryotomie si l'enfant est mort.

Article IV. — Résultats thérapeutiques

Quels sont les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale dans le cancer de la vulve ?

§ 1. *Récidives.*

A. *Fréquence.*

A ce point de vue, les traités classiques sont absolument incomplets. Dans aucun d'eux, nous n'avons trouvé de statistique sérieuse capable de nous éclairer sur cette question si importante des résultats opératoires. La plus complète que nous possédions à l'heure actuelle est relatée dans la thèse allemande de Gaertner (Fribourg, 1905). Cet auteur a colligé les cas suivants :

1° 69 cas de cancers vulvaires opérés sans ablation de ganglions :

32 récidives très rapides ;

18 cas demeurés sans récidive, mais dans un espace de temps variant de 6 mois à 4 ans, dans une seule observation.

2° 11 cas opérés par l'intervention adéquate, c'est-à-dire par l'ablation large de la tumeur complétée de celle des ganglions :

9 morts rapides dont 7 par récidive ;

3 cas sans récidive après 6 mois, 8 mois, un an et demi.

La proportion des récidives est donc considérable dans les deux cas ; elle atteint et doit même dépasser 50 0/0.

B. *Siège.*

D'après la même statistique de Gaertner, les récidives se font dans 70 0/0 des cas dans les ganglions, tantôt simplement dans les ganglions inguinaux, tantôt à la fois dans les ganglions inguinaux et intra-pelviens.

C. *Conduite à tenir.*

Certains auteurs ont poursuivi ces récidives. Dans un cas, Morestin fut conduit dans cette poursuite des récidives néoplasiques au sacrifice de tout un membre inférieur. Il s'agissait d'une malade opérée en 1908 pour un petit épithélioma de la vulve. Elle présenta peu de temps après une tumeur de récidive dans les ganglions inguinaux qui remplissait le triangle de Scarpa, le débordait de toute part et dont le centre était ulcéré.

Autour de la tumeur existait une zone étendue d'infiltration néoplasique diffuse. Morestin pratiqua l'ablation de cette tumeur, ablation très difficultueuse, qui nécessita la ligature et la résection de la veine fémorale.

Peu de temps après, une nouvelle récidive survint dans le triangle de Scarpa ; elle était d'une telle activité proliférante que tous les jours on constatait son augmentation. Le chirurgien pratiqua alors la désarticulation de la hanche !

La malade, revue 4 mois après, ne présentait aucune récidive.

Dans un autre cas, MM. Pollosson et Violet, de Lyon, furent amenés dans la poursuite des récidives à extirper

une masse ganglionnaire intra-pelvienne en reséquant la veine iliaque externe et le nerf obturateur.

Nous pensons que si, par ces interventions hardies, un résultat thérapeutique assez stable peut être obtenu dans certains cas, il ne faut pas cependant les recommander. Ce sont, en effet, des opérations dangereuses très mutilantes. La mortalité en est effrayante et, dans l'immense majorité des cas, les résultats précaires obtenus ne les légitiment en aucune façon.

Mieux vaut, dans les cas de récidives ganglionnaires graves et à évolution rapide, se borner au traitement palliatif. On intervient seulement dans le cas de récidive bénigne, non étendue (1).

§ 2. *Résumé.*

En résumé, ce qu'il faut conclure de tous les faits que nous venons d'énoncer, c'est que le cancer vulvaire est certainement un des cancers les plus graves de l'économie ; les récidives après son ablation sont fréquentes (2). On ne peut obtenir un résultat quelque peu stable qu'en enlevant la tumeur au début par l'opération adéquate, alors que le retentissement ganglionnaire n'a pas encore pris de proportions considérables.

---

(1) Voir l'observation n° 1, page 45.

(2) Lire à ce sujet les deux observations pages 45 et 47.

Observation Première

Inédite

(due à la bienveillance de M. le professeur Tédenat)

Epithélioma pavimenteux occupant la fourchette et le tiers inférieur de la grande lèvre droite très œdématiée. Excision large des parties malades et des ganglions lymphatiques. Récidive après 4 ans. Nouvelle opération. Guérison persistant depuis 3 ans.

Jeanne D..., 48 ans. Rien à noter dans les antécédents de famille. Jeanne D... s'est toujours bien portée. Réglée de façon régulière de 14 à 46 ans. Accouchements à 23-25-31 ans sans complications. Depuis 2 ans, démangeaisons à la vulve nécessitant des lotions à l'acide phénique 3 0/0, au sublimé 1/2000 qui soulagent mais ne produisent pas la guérison. Il y a 6 mois est apparue à la commissure postérieure une verrue qui a bientôt donné du pus et un peu de sang. Les lotions ont été continuées et, à deux reprises, cautérisation a été faite avec la pierre infernale. Un œdème notable s'étant produit sur la lèvre droite, la malade entre à la Clinique du professeur Tédenat le 3 mars 1902.

Il existe une ulcération à bords indurés et grenus, occupant le bas de la grande lèvre à sa face interne, et la commissure. Son fonds est gris, fissuré. Œdème dur des trois quarts inférieurs de la grande lèvre. Pas de ganglions augmentés de volume. On note des plaques, les unes grises, les autres blanches sur les petites lèvres et à l'entrée du vagin qui est légèrement rétracté. Ces plaques

ont une surface grenue, chagrinée. Ce sont des plaques de kraurose.

Le 8 mars 1902, après asepsie et anesthésie au mélange éther-chloroforme, une incision est faite à la partie externe de la grande lèvre, depuis sa partie supérieure usques au-delà de la partie moyenne de la fourchette. La dissection est faite aux ciseaux à une profondeur de deux centimètres et demi. Excision complète de la grande lèvre ; décollement de la paroi vaginale indurée par la kraurose, ce qui rend le décollement pénible.

L'hémorragie en nappe est tenace ; il faut appliquer cinq ligatures au catgut. Suture aux crins de Florence. Stérésol. Mèche iodoformée introduite dans le vagin et étalée à la surface de la vulve. Cicatrisation parfaite le 22 mars avec une goutte de pus au niveau d'un point de suture sur la ligne de suture de l'incision faite pour l'ablation des ganglions inguinaux supérieurs.

La malade a continué d'avoir des démangeaisons à la vulve mais moins pénibles. Il semble bien qu'elle a obtenu de bons résultats d'une solution de chlorate de soude à 10/1000 et d'une pommade (vaseline 60 gr., baume du Pérou, 1 gr.)

Le 13 juin 1906, la malade est revenue trouver M. le professeur Tédenat avec une ulcération irrégulièrement arrondie occupant la fourchette. Elle a un centimètre de diamètre. Les bords sont indurés. L'excision est pratiquée le 16 juin. 3 points de suture. Guérison.

L'état kraurosique de la vulve et de la partie inférieure du vagin augmente. La guérison persistait en décembre 1909.

Observation II

(Inédite)

Due à la bienveillance de M. le Professeur Tédenat

Epithélioma paraissant développé aux dépens du conduit de la glande de Bartholin. Excision large de la grande et de la petite lèvre droite et des ganglions inguinaux. Récidive deux ans plus tard avec infiltration étendue du tissu connectif périvaginal.

Louise G..., 58 ans. Réglée à 13 ans. Ménopausée à 43 ans. Accouchement à 21 ans. Souffre depuis de longues années d'annexite bilatérale avec pertes blanches abondantes. Elle a eu à plusieurs reprises des abcès ayant eu leur point de départ probable dans la glande vulvo-vaginale droite.

Une ulcération s'est produite depuis 4 ou 5 mois. Elle occupe la partie postérieure de la petite lèvre droite, est profonde et logerait un grain de raisin. Tout autour, les tissus sont indurés et la grande lèvre droite est le siège d'un œdème dur qni double son volume. L'ulcération donne du pus séreux, sanguinolent. On sent deux ganglions gros et durs. 10 mai 1903.

13 mai. — Incision sur le sillon externe de la grande lèvre, continuée profondément jusques au-dessus de l'induration. Suintement sanguin, tenace, malgré une dizaine de ligatures au catgut. La suture des téguments avec la paroi vaginale est faite régulièrement, mais un peu tendue. Une incision oblique permet d'enlever les ganglions. Un point de suture suppure. La cicatrisation en ce point met trois semaines à se faire. La réunion, par première intention, a eu lieu partout ailleurs. La malade quitte le service avec une bonne cicatrice le 12 juin 1903.

Elle est revenue voir M. le Professeur Tédenat le 10 juillet 1905. Une ulcération s'était produite environ deux mois avant. Quand M. Tédenat vit la malade, l'ulcération occupait la fourchette, la grande lèvre droite, ganglions énormes avec rougeur des téguments à l'aine et au mont de Vénus. En plus, la malade rendait 80 à 100 grammes de sucre (résultat de 4 analyses de son urine). Toute opération fut jugée inutile et la malade succomba six mois plus tard avec une perforation de la cloison recto-vaginale.

CONCLUSIONS

I. Les cancers primitifs de la vulve sont les moins fréquents des cancers génitaux de la femme.

II. Ils se développent souvent sur des plaques de leucoplasie et peuvent coexister, soit avec la leucoplasie, soit avec du kraurosis.

III. On distingue cinq variétés topographiques de cancers vulvaires :

1. Le cancer périuréthral.
2. » clitoridien.
3. » clitori-nymphéal.
4. » de la grande lèvre.
5. » de la glande de Barthlolin.

IV. Au début, le diagnostic clinique présente de réelles difficultés. Il sera bon, dans les cas douteux, pour ne pas perdre un temps précieux, de pratiquer une biopsie suivie de l'examen histologique du fragment prélevé.

V. Au point de vue thérapeutique nous divisons les cancers vulvaires en trois groupes :

1. *Les cancers vulvaires au début* qu'il faut enlever en pratiquant une *vulvectomie partielle* complétée par l'ablation uni ou bi-latérale des ganglions inguinaux.

2. *Les cancers vulvaires d'évolution plus avancée*, mais encore anatomiquement opérables, qu'il faut traiter par une *vulvectomie totale* complétée par l'ablation bilatérale des ganglions de l'aine.

3. *Les cancers inopérables*, justiciables seulement d'un traitement *palliatif*.

VI. Les résultats thérapeutiques sont précaires, les récidives s'observent dans 50 à 60 0/0 des cas. Elles sont rapides et se font dans les ganglions dans 70 0/0 des cas.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris. Annales de gynécologie, juin 1907.

Arnott. - Trans of the path. Soc. Londres, 1873, t. XXIV, p. 157.

Arnozan. — Thérapeutique, t. II.

Bender et Daniel. — Epithélioma primitif de la vulve. Société anatomique, janvier 1904.

Bender et Jayle. — Revue de gynécologie, 1905.

— Diagnostic différentiel entre le kraurosis et la leucoplasie vulvaire. Annales de gynécologie, 1906.

Bordères. — Des tumeurs malignes primitives du clitoris. Thèse de Montpellier, 1905.

Boyer. — Le cancer primitif de la vulve. Thèse de Paris, avril 1908.

Chaboux. — Des tumeurs malignes primitives de la glande de Bartholin. Thèse de Lyon, 1906.

Cunéo et Marcile. — Note sur les lymphatiques du clitoris. Société anatomique, 1901, p. 624.

Dartigues. — Les cancers des organes génitaux chez la femme. Paris, Jouin, édit., 1904.

Dauriac. — Cancer primitif de la région clitoridienne. Thèse de Paris, 1888.

Day. — Epithelioma of the clitoris. Brit. med. journ. 1906, p. 1636.

Delbet et Le Dentu. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1901, t. X, p. 535.

Dittrick. — Epithelioma of the vulva. Americ. Journ. Med. Scienc. 1905, p. 177-304.

Doyen. — Le cancer.

Dudeley. — Opérations plastiques après excision des tumeurs étendues de la vulve. Surgery. Gynecology and obstetrics. Chicago, 1906, t. II, p. 695.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, t. VIII.

Fabricius. — Centralblatt für gynaekologie, 1909, p. 995.

Faure. — Le traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. Annales de gynécologie, juin 1910.

Faure et Siredey. — Gynécologie, 1911.

Fournier. — Affections parasyphilitiques Des relations de la leucoplasie buccale avec la syphilis et le cancer. Congrès de Paris, 1900.

Fileux. — Les tumeurs malignes primitives de la vulve. Thèse de Paris, 1902.

Francke. — Sur le cancer des glandes de Bartholin. Medizinische Klinik, 1908, n° 36.

— Tumeurs malignes des organes génitaux externes de la femme. Thèse de Berlin, 1898.

Gaertner Johannes. — Die operation bei carcinom der aüsseren genitalcen des Weibes. Thèse de Fribourg-en-Brisgau, 1905 (E. Kuttruff).

Goldschmidt. — Carcinome de la vulve. Thèse de Leipzig, 1903.

Grunbaum. — Le pronostic de l'opération pour cancer de la vulve. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906, p. 251.

Hartmann. — Opérations plastiques après excision des tumeurs très étendues de la vulve. Annales de gynécologie, 1906.

Herzen. — Guide formulaire thérapeutique, 1909.

Hoffmann. — Ueber primäres Vulvacarcinom. Thèse de Giessen, 1908.

Jacoby. — Cancer primitif du clitoris, analysé dans la gynécologie, 1905, p. 251.

Kendirdjy. — Tumeurs de la vulve *in* Pratique médico-chirurgicale, t. VI, p. 935.

Kouwer. — Soc. gyn. néerlandaise, janvier 1901.

Lambret. — Cancer de la grande lèvre. Echo médical du Nord, 1905, p. 573.

Lauradour. — Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris. Thèse de Bordeaux, 1895.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses.

Lewes. — Trois cas d'épithélioma de la vulve ; suites éloignées. Revue de gynécologie, 1907, p. 707.

Lipinsky. — Cancroïde du clitoris. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897.

Mantilla. — Leucoplasie et cancer. Thèse de Paris, 1902.

Maurel. — De l'épithélioma vulvaire primitif. Thèse de Paris, 1888.

Mauxion. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve. Thèse de Paris, 1905.

Monod. — Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde. Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1896.

Morestin. — Leucoplasie vulvaire. Bulletins Soc. Franç. Derm. et Syph., 1907, p. 49.

— Cancer de l'aine consécutif à un épithélioma de la vulve. Extirpation, résection de la fémorale, récidive, désarticulation de la hanche. Société anatomique, nov. 1909.

Peterson. — Primary carcinoma of the vulva. Société américaine de gynécologie. Analysé dans la gynécologie, 1903, p. 341.

Peyrache. — Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. Thèse de Paris, 1905.

Pichevin et Petit. — Semaine gynécologique. 1895.

Petit Paul. — Cancer vulvaire et vulvectomie. La gynécologie, 1908.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, t. II, p. 1309.

Pollosson et Violet. — Lyon médical, 1910.

Ratkowski. — Berliner klinische Wochenschrift, 1910, p. 1084.

Reymond et Chanoz. — Traitement par les rayons X d'un épithélioma de la vulve. Archiv. d'électric. Méd. Bordeaux, XII, p. 28-31, et Lyon Médical, 1904, t. II, p. 194-198.

Savournin. — Cancer primitif de la glande de Bartholin. Thèse de Bordeaux, 1908.

Simoni. — Contribution à l'étude de la transformation épithéliale de la leucoplasie vulvaire. Thèse de Montpellier, 1905.

Schwartze. — Sur les résultats des opérations radicales du cancer de la vulve et du vagin. Thèse de Berlin, 1893.

Schluter. — Centralblatt für gynœkologie, 1908.

Saint-Germain (de) et Launois. — Revue des maladies de l'enfance, 1883.

Testut et Jacob. — Anatomie topographique.

Traetzl. — Medizinische Zeitung, Wienne, 1863.

Wassermann. — Epithélioma primitif de l'urèthre. Thèse de Paris, 1895.

Winckel. — Pathologie der weiblichen sexual organ.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Étiologie 3

Article I. Fréquence 3
— II. Age 4
— III. Causes 5

§ 1. Banales 5
§ 2. La leucoplasie 5

CHAPITRE II. — Anatomie Pathologique 7

Article I. Étude macroscopique 7
§ 1. Lésions sur place 7
A. Siège 7
a) Périuréthral 8
b) Clitoridien 8
c) De la petite lèvre 8
d) De la grande lèvre 8
e) Dans la glande de Bartholin 9
B. Aspect macroscopique 10
§ 2. Retentissement ganglionnaire 10

Article II. Lésions histologiques 11

CHAPITRE III. — Symptomatologie 13

Article I. Période de début 13
§ 1. Signes locaux 13
A. Fonctionnels 13
B. Physiques 14
§ 2. Signes généraux 14

Article II. Période d'état 14
§ 1. Type général..... 14
§ 2. Formes cliniques..... 15
A. Cancer périuréthral 15
B. Cancer clitoridien..... 16
C et D. Cancer des lèvres..... 17
E. Cancer de la glande de Bartholin.. 18

Article III. Période terminale 18
§ 1. Troubles d'extension..... 18
§ 2. Troubles de généralisation..... 19

CHAPITRE IV. — Diagnostic..... 21

Article I. Diagnostic positif..... 21

Article II. Diagnostic différentiel 21
§ 1. Signes fonctionnels..... 22
§ 2. Signes physiques..... 22
A. Affections inflammatoires..... 22
a. Banales..... 22
b. Relevant d'un agent spécifique.
1. Tréponème (leucoplasie).... 23
2. Bacille de Ducrey..... 25
3. Gonocoque..... 26
4. Bacille de Koch (esthiomène). 26
B. Affections néoplasiques, papillomes..... 28

CHAPITRE V. — Pronostic..... 29

CHAPITRE VI. — Traitement..... 30

Article I. Cancers à la période de début..... 31
§ 1. Traitement symptomatique..... 31
§ 2. — préventif..... 31

Article II. Cancer à la période d'état..... 33
§ 1. Cancers qu'il faut opérer, vulvectomie partielle 33
§ 2. Cancers qu'on peut opérer, vulvectomie totale. 34
A. Technique opératoire de la vulvectomie totale 35
B. Réparation de la brèche opératoire, méthode de Dudeley..... 36

Article III. Cancers de la période terminale. Leur traitement ne peut-être que palliatif 37
§ 1 Médical 37
A. Local 37
a. Par les agents physiques.
1. Fulguration 38
2. Radiothérapie 38
3. Radiumthérapie 39
4. Réfrigération 39
5. Photothérapie et héliothérapie 39
b. Par les agents chimiques 39
B. Général 40
§ 2 Chirurgical 40
A. Opération de Kraske 40
B. Cautérisation profonde 41
C. Opérations dirigées contre les douleurs. Conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement 41
Article IV. Résultats thérapeutiques 42
§ 1 Récidives 42
A. Fréquence 42
B. Siège 43
C. Conduite à tenir 43
§ 2 Résumé 44
Observations cliniques 45
Observation Première 45
— II 47
Conclusions 49
Bibliographie 51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !